

**RICHIESTA VERIFICA MESSAGGIO PUBBLICITARIO  
(STRUTTURE SANITARIE MEDICHE ED ODONTOIATRICHE)**

**Al Presidente dell'Ordine dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri della  
Provincia di Pavia**

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, nella sua qualità di Direttore Sanitario della struttura sanitaria  
denominata: \_\_\_\_\_  
sita in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
Autorizzato all'esercizio e funzionamento dall'ASL di \_\_\_\_\_  
non accreditata/accreditata con il SSN per le branche:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Direttore Sanitario Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, medico chirurgo/odontoiatra, iscritto all'Albo professionale  
dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_  
specialista in \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi del DL 223/2006 e della Legge di conversione 248/2006 la verifica, ai fini della trasparenza e veridicità, del seguente testo pubblicitario

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parere OdM PV n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Il suddetto testo sarà utilizzato su:

**Targa muraria**

Sita nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
Dimensioni: cm \_\_\_\_\_ x cm \_\_\_\_\_ (max 50 x 60 cm)  
Caratteri: \_\_\_\_\_ (max 8 cm)

**Insegna**

Sita nel comune di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n \_\_\_\_\_

Dimensioni: cm \_\_\_\_\_ x cm \_\_\_\_\_ (max 200 x 100 cm)

**Inserzione elenco telefonico**

Dimensioni: cm \_\_\_\_\_ x cm \_\_\_\_\_ (max 5 x 10 cm)

**Inserzione Pagine Gialle/SEAT e similari**

Dimensioni: cm \_\_\_\_\_ x cm \_\_\_\_\_ (max 5 x 10 cm)

**Inserzioni su Giornali e Periodici**

**Sito Internet**

**Altri mezzi**

---

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_